

A PERCEPÇÃO FEMININA QUANTO À VULNERABILIDADE DE SE CONTRAIR DST/AIDS

Fernanda Marques da COSTA¹
Adrielly Cristina Freitas MENDES²
Danielle Costa MARIA³
Jacira Aparecida Dias SANTOS⁴
Geraldo Marques da COSTA⁵
Jair Almeida CARNEIRO⁶

¹Mestrado em Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Montes Claros, Unimontes, e-mail:fernandafjjf@yahoo.com.br

²Graduada em Enfermagem pela Faculdade de Saúde Ibituruna-FASI, e-mail: adriellycristina12@yahoo.com.br

³Graduada em Enfermagem pela Faculdade de Saúde Ibituruna-FASI, e-mail: danidanimoc@yahoo.com.br

⁴Graduada em Medicina pela Universidade Estadual de Montes Claros, Unimontes, e-mail: jaciapads@gmail.com.

⁵Mestrando em Ciências da Saúde. Fundação de Ensino e Pesquisa de Ciências da Saúde, FEPECS, e-mail:marquesgeraldo@yahoo.com.br

⁶Mestrado em Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Montes Claros, Unimontes, e-mail: jairjota@yahoo.com.br

Recebido em: 23/09/2014 - Aprovado em: 27/11/2014 - Disponibilizado em: 15/12/2014

RESUMO: O presente artigo objetiva conhecer a percepção das mulheres quanto à vulnerabilidade de se contrair DST/AIDS, além de caracterizar a vulnerabilidade individual em relação às práticas e atitudes sobre a sexualidade, buscando identificar os fatores e comportamentos de risco. Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa. A coleta de dados foi realizada por meio de uma entrevista semi-estruturada, no período de agosto a novembro de 2013 em uma Estratégia de Saúde da Família do município de Montes Claros, MG. Os sujeitos do estudo foram dez mulheres com idade entre 18 e 48 anos. Os resultados demonstraram que as mulheres apresentavam baixa percepção em relação ao risco, percebendo a vulnerabilidade apenas no "outro", por apresentar comportamentos que justificam a contaminação. Além disso, o preservativo era pouco usado em relações com parceiros "fixos", já que o uso presumia desconfiança ou infidelidade. O desconhecimento acerca das doenças sexualmente transmissíveis também foi perceptível. Dessa forma, deve-se investir em atividades educativas que promovam o empoderamento da mulher para a tentativa de combater a ideia de que apenas alguns grupos são vulneráveis.

Palavras-chave: Aids; Doenças sexualmente transmissíveis; Saúde da mulher; Vulnerabilidade ; Gênero e Saúde.

PERCEPTIONS REGARDING THE FEMALE VULNERABILITY OF CONTRACTING DST/AIDS

ABSTRACT: This article aims to discover the perception of women as the vulnerability to STDs/AIDS, and to characterize individual vulnerability in relation to practices and attitudes about sexuality, seeking to identify the factors and risk behaviors. It is a descriptive qualitative study. Data collection was performed using a semi-structured interview, in the period August to November 2013 in a Family Health Strategy of the municipality of Montes Claros, MG. The subjects were ten women aged between 18 and 48 years. The results showed that women had a low perception of risk, realizing the vulnerability only in the "other" by presenting behaviors that justify contamination. In addition, condom use was not used in relations with "fixed" partners, since the use presumed distrust or infidelity. The lack of knowledge about sexually transmitted diseases was also noticeable. Thus, one should invest in educational activities that promote the empowerment of women to attempt to combat the idea that only certain groups are vulnerable.

Keywords: AIDS; Sexually Transmitted Diseases; Women's Health; Vulnerability; Gender and Health.

INTRODUÇÃO

As doenças sexualmente transmissíveis (DST) são um dos mais comuns problemas de saúde

pública e alcança distribuição mundial, além de configurar como uma das cinco principais causas de procura pelos serviços de saúde(CASTRO, 2013).

Conforme a Organização Mundial de Saúde, cerca de 12 milhões de novos casos de DSTs são diagnosticadas no Brasil a cada ano, mas apenas aproximadamente 200 mil casos/ano são notificados, já que inúmeros portadores de DST não procuram assistência qualificada (GARCIA; SOUZA, 2010).

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) é a DST mais descrita na literatura. Quando essa doença surgiu, nos anos 80, a infecção se restringia a um grupo designado como de maior risco para se contrair a infecção. Esse grupo era composto por homossexuais, profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis. Entretanto, o considerável aumento de casos em pessoas que inicialmente não pertenciam ao chamado “grupo de risco”, evidenciou a mudança no perfil epidemiológico da AIDS, como identificação de casos em mulheres heterossexuais e com relacionamento estável (PEREIRA et al., 2011).

Estima-se que, no Brasil, mais de 70% dos casos de AIDS correspondem a pessoas com idade que varia entre 20 e 39 anos. Observa-se que, uma parcela considerável desses pacientes adquiriu o vírus na adolescência (RIBEIRO; SILVA; SALDANHA, 2011).

Os portadores do HIV/AIDS são vítimas de implicações físicas e biológicas devastadoras, bem como sociais, espirituais, psicoemocionais, além de enfrentarem, sobretudo, o caráter estigmatizante de uma

infecção que envolve a dimensão comportamental do indivíduo (PEREIRA et al., 2011).

No início da década de 1990, o conceito de “vulnerabilidade” obteve evidência entre cientistas da área da saúde que, em meio a vários campos do conhecimento, buscavam estratégias para o enfrentamento da AIDS. Assim, pode-se designar esse termo como o conjunto dos aspectos individuais e coletivos associados ao grau e a maneira pela qual há exposição a uma determinada situação, no caso desse estudo a AIDS (CASTRO, 2013).

O aumento na incidência de casos de HIV/AIDS em mulheres evidencia que essa população está vulnerável à epidemia dessa moléstia (MAIA; GUILHEM; FREITAS, 2009; MORESCHI et al., 2012). Fatores biológicos, culturais e socioeconômicos contribuem para o crescimento dos índices de DST e de infecção pelo HIV em mulheres. Na maioria das sociedades, estas têm pouco ou nenhum controle quanto às decisões relativas e sob quais condições ter relação sexual, no que se refere ao uso do preservativo pelo parceiro e, menos ainda, das condutas sexuais dele (RIBEIRO; SILVA; SALDANHA, 2011).

Mediante a feminilização do problema DST/AIDS e todas as consequências que pode trazer para as mulheres o presente estudo objetiva conhecer a percepção das mulheres quanto à vulnerabilidade de se contrair DST/AIDS, além de caracterizar o

comportamento dessas mulheres em relação às práticas e atitudes sobre a sexualidade. Vale ressaltar que o estudo é relevante em razão da proporção crescente de mulheres contaminadas por DST/AIDS e por buscar subsidiar possíveis propostas de intervenções voltadas para a prevenção da infecção e do cuidado à saúde sexual e reprodutiva das mulheres.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa centrado nas narrativas de mulheres acerca de sua percepção sobre a vulnerabilidade de se contrair DST/AIDS. O estudo foi realizado na Estratégia de Saúde da Família (ESF) dos bairros Jardim Palmeiras I, Jardim Palmeiras II e Delfino Magalhães do município de Montes Claros (MG).

As três equipes de saúde da família contam com 930 mulheres com idade entre 15 e 50 anos. Para seleção dos sujeitos do estudo, estabeleceu-se os seguintes critérios de inclusão, que se julgou corresponder aos propósitos deste estudo: os sujeitos do estudo foram mulheres com idade entre 18 e 50 anos, residentes nos bairros Delfino Magalhães e Jardim Palmeiras I e II, abordadas aleatoriamente, independente do nível de escolaridade, raça e religião e que aceitaram participar da pesquisa formalmente, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Todos os preceitos éticos foram seguidos no estudo, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros, sendo aprovado pelo parecer 2293/2010.

A coleta de dados foi conduzida entre agosto e novembro de 2013, foi realizada por meio de entrevistas semi-estruturada, guiada por ideias norteadoras que propiciassem a exploração dos significados do comportamento sexual e suas implicações. Além disso, buscou-se também conhecer a percepção de vulnerabilidade percebidas por essas mulheres diante do risco de adoecerem por DST/AIDS.

As entrevistas foram realizadas em locais discretos e silenciosos, garantindo a privacidade das entrevistadas e permitindo que os diálogos fossem gravados. As conversas foram conduzidas a partir de duas ideias norteadoras: significados da sua experiência de sexualidade em sua vida; aspectos determinantes do comportamento sexual e suas concepções de doenças transmitidas pelo sexo e a situação de vulnerabilidade neste aspecto.

A perspectiva fenomenológica foi à base para a leitura e compreensão das narrativas, permitindo analisar e destacar unidades de significado que indicam como as usuárias percebem em suas vidas a vulnerabilidade de se contrair DST/AIDS. Na análise das convergências e divergências nas unidades de significado, apareceram três categorias: “percebendo a vulnerabilidade no outro” e “O

(des) conhecimento sobre DST: preservativo é importante, mas não uso” e “a proximidade das mulheres com o serviço de saúde”. Essas categorias foram discutidas com base na literatura sobre as experiências do comportamento sexual e das vulnerabilidades que cercas essas doenças na área da saúde coletiva.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As entrevistas foram realizadas na sede da ESF ou no domicílio da participante conforme escolha da entrevistada. O critério de saturação das informações foi utilizado para determinação do quantitativo de sujeitos. O grupo de entrevistadas constituiu-se de 10 mulheres em sua maioria solteiras, com idade entre 18 e 48 anos. Por meio da análise emergiram três categorias empíricas para detalhamento da temática estudada.

Percebendo a vulnerabilidade no “outro”

A primeira categoria mostra que embora algumas mulheres relatem se sentir em risco de contrair DST/AIDS por desconfiarem do parceiro e do próprio comportamento, a maioria realmente só consegue perceber vulnerabilidade no outro, como se o risco estivesse distante delas. Além disso, é possível perceber que o discurso é carregado de dúvidas e incertezas quanto a saúde sexual.

Não. Porque eu previno, “né”? Tem gente que não tem cuidado e eu tenho me cuidado. Ah porque tenho cuidado na hora de usar, é eu evito de usar um banheiro diferente. É, eu sou casada, só tenho um marido, só tenho um parceiro, “né”? Não fico com qualquer um, “né”? Então eu acho que é por isso que eu estou prevenindo, eu acho que, não tenho contato com outra pessoa, só meu marido, eu sei que meu marido não vai ter outra pessoa, “né”? Não, assim, pode ser que eu tenha, “né”? Que igual mesmo, eu não... Tem muita coisa que eu não sei, “né”? Que eu tenho que aprender, então pode ser que eu corro o risco, “né”? Que a gente acha assim, pode ser que eu tô certa pra prevenir, pode ser que eu não estou (Rosa).

Foi verificado em um estudo semelhante, que o “outro” aparece como mais vulnerável a contrair DST/AIDS e as mulheres entrevistadas se sentem supostamente protegidas. O “outro” é quem se contamina por apresentar certos comportamentos, os quais justificam a contaminação. Em muitos casos não existe a preocupação com as DST/AIDS, já que é vista como algo distante do cotidiano pessoal e social. Isso está associado a um código moral, uma vez que o casamento é tido como garantia de imunidade a essas doenças. Assim, as DST são percebidas até hoje como próprias de pessoas promíscuas, com comportamentos que não são moralmente aceitos e com vida desregrada

(SILVA; VARGENS, 2009; SILVA; LOPES; VARGENS, 2010).

Atualmente, ainda persiste a ideia no imaginário social que as DSTs são doenças de grupos específicos, o que tem acarretado a mudança no seu perfil epidemiológico. Especificamente no caso das mulheres, percebe-se que a maioria se considera não vulnerável ao vírus pelo tipo de relação afetiva que estabelece (CUNHA; MOREIRA; LÔBO, 2012).

O fato de estar casada ou em união estável, acarreta confiança no parceiro, e ocasiona uma situação que camufla o risco de contaminação, estabelece-se uma falsa sensação de segurança sexual (BASTOS et al., 2013).

Algumas entrevistadas demonstram consciência do risco por não usarem preservativos, não poderem controlar seus parceiros em relação à infidelidade ou por outras formas de transmissão. Tal situação pode ser evidenciada do discurso abaixo:

Ah, eu acho que sim, que eu tenho risco sim! Porque eu não confio muito nele não. Eu continuo achando que sim, mesmo agente querendo confiar no parceiro, mas nunca pode confiar, “né”? Eu não confio! (Orquídea).

Corroborando com esses dados, uma pesquisa realizada no Distrito Federal acerca da auto-percepção de risco de se contrair DST/AIDS, foi possível observar que as entrevistadas em situação de parceria afetivo-sexual estável,

afirmaram que não confiavam sua vida e saúde ao parceiro, que se preveniam, pois acreditavam haver risco de contrair DST, já que poderiam ocorrer infidelidades (MAIA; GUILHEM; FREITAS, 2009; TAQUETTE; MEIRELLES, 2012).

Em contrapartida, Margarida alega que não se sente em risco, conforme o relato:

Não. Ah eu acho... Ah eu não sei! Ah eu acho que eu não tenho risco de, de pegar não! É eu uso anticoncepcional! Se fosse com outra pessoa eu sentiria, mas como é com meu marido “né” eu tenho confiança! Mas também, nem é bom confiar.

Corroborando com o discurso anterior, Jasmim alega:

Não. Ah, porque eu tenho um parceiro só. Não, eu acho que não, por enquanto não.

Algumas pesquisas evidenciaram que o poder de negociação do uso da camisinha na relação sexual é maior quando não há uma união estável (CARLETO et al., 2010).

De acordo com Castro(2013), o preservativo é substituído pela confiança nas relações fixas, recorrendo-se à pílula para se evitar a gravidez e que contrair alguma doença não está em questão. Essa negação da realidade de risco se encontra associada ilusão da onipotência humana (CUNHA; MOREIRA; LÔBO, 2012; ANJOS et al., 2012).

O (des)conhecimento sobre DST: preservativo é importante, mas não uso!

A segunda categoria apresenta a opinião das mulheres entrevistadas acerca do uso do preservativo e sua importância durante a atividade sexual. Foi perceptível o claro conhecimento das informantes sobre a importância do preservativo, conforme o discurso a seguir:

É um dos métodos que todas as pessoas deviam usar além de anticoncepcional e outras coisas assim. Porque a camisinha é um dos métodos que vai evitar. Mesmo a relação sexual protegida, “né”? Aí vai evitar a gravidez, as doenças, porque é só ela que evita as doenças sexualmente transmissíveis, as outras não(Violeta).

É perceptível, que o preservativo é compreendido como uma das formas mais concretas de prevenção contra DST/AIDS. Outro fragmento de discurso expõe os dois lados do uso do preservativo:

Muito bom para a saúde, mas é ruim de usar né? Porque incomoda demais. Ah, pra prevenir. Não prevenir só da AIDS, como outras coisas, “né”? Como corrimento, aqueles “trem” fedorento...(Copo de Leite).

Apesar do conhecimento sobre a importância do preservativo, percebe-se a falta de informação quanto ao modo de prevenção, sugerindo-se seu grau de vulnerabilidade, como percebido na seguinte fala:

Ah, é a parte mais importante que tem, “né”? De ser usado eu acho que é o preservativo!

Não pode esquecer! Eu não uso! Que eu já uso anticoncepcional, “né”? E eu tenho relação só com meu marido! Não tenho relação com outras pessoas! Que se eu tivesse relação com outras pessoas aí era outra coisa, “né”? Com meu marido não!(Girassol)

Grande parte das mulheres continuam não se percebendo vulnerável às DST/AIDS ou tem consciência da importância e não se protege. Castro (2013), em seu estudo, também verificou que algumas mulheres apresentavam consciência do risco, mas não adotavam medidas preventivas.

Ao se falar de preservativos, certas características culturais devem ser analisadas. O uso dos preservativos traz a ideia de comportamentos sexuais desviantes do modelo monogâmico, que prezam a fidelidade e a confiança. Quando se pede o uso do preservativo, normalmente é interpretado como desconfiança do parceiro ou infidelidade por parte da mulher (SAMPALHO et al., 2011; DESSUNTI; REIS, 2012).

Estudo revela que quando as entrevistadas eram questionadas acerca do uso de contraceptivos, os principais métodos citados foram os anticoncepcionais hormonais orais, a laqueadura tubária e o coito interrompido. Vale salientar que nenhum desses três métodos é protetor contra doenças sexualmente transmissíveis. Só em quarto lugar surge a menção ao uso do preservativo, dado preocupante(ALBURQUEQUE; MOÇO; BATISTA, 2010).

Em outra pesquisa sobre a vulnerabilidade às DSTs as mulheres atribuíram pouco valor a camisinha e alegavam dependência afetiva e o medo de perder o parceiro ao exigir a camisinha (SILVA; VARGENS, 2009; MESENBURG, 2012).

As mulheres estão sujeitas a vulnerabilidades que não depende exclusivamente de sua vontade, porém se acentua diante do poder de decisão nas relações afetivo-sexuais que é assimétrico, decorrentes das questões de gênero, associada a outras desigualdades como a discriminação ou a pobreza por razões étnicas, configurando a chamada vulnerabilidade acumulada (BASTOS et al., 2013).

Percebendo o saber acerca das DST/AIDS

A terceira categoria aborda o grau de conhecimento das mulheres sobre quais são, sua transmissão e o potencial para se contrair DST/AIDS. Quanto ao nível de informação das entrevistadas, notou-se que esse se apresenta de maneira deficiente, sendo perceptível nos discursos abaixo:

Gardinerela, “né”? É... a AIDS, ..., várias outras. Ato sexual, é... “né”? Pela, como é que fala, transfusão de sangue... no caso, ter sexo sem camisinha, “né”? Preservativo, ou mesmo, “né”? Ter um acidente e ter contato com alguém contaminado...(Hortência)

A Aids e a Gonorreia, que é o escorrimento. Ah, eu acho que, com relação sem camisinha,

com sangue, doar sangue, mas o principal que pega mesmo é ter relação sexual sem usar preservativo. É muito importante utilizar! Ela ter relação sem preservativo, “né”? Na hora que o clima tá ali no clima, “né”? Acaba indo no impulso e esquece que isso pode tornar fatal, “né”? É uma irresponsabilidade de muitas.(Rosa)

O quê? AIDS? Pode falar AIDS? HIV/AIDS! É, relações sexuais, “né”? Tem um negócio de pegar pelo alicate de unha? Tem isso? Tem! Não tem? De alicate de unha, seringas... É só isso! Ter relação com quem você não conhece sem preservativo, “né”? Sem prevenir! (Girassol)

Com relação às informações obtidas, quanto ao grau de conhecimento sobre DST/AIDS, percebe-se que não são suficientes para que se adote um comportamento protetor, pois a falta de informações básicas contribui substancialmente para aumentar sua vulnerabilidade (SILVA; LOPES; VARGENS, 2010; SAMPAIO et al., 2011).

Acercados métodos contraceptivos disponíveis e eficazes, algumas mulheres acreditavam que o uso de pílula, além de prevenir a gravidez, também preveniam DSTs. Além disso, desconheciam ou tinham poucas informações acerca de formas de transmissão dessas doenças (ROCHA; DIAS; GAMA, 2010).

Estudo salienta ainda que, todas as vezes que o tema camisinha foi questionado entre as

mulheres, o preservativo era descrito como método contraceptivo, nunca como barreira de doença (CUNHA, MOREIRA, LÔBO, 2012). Em virtude do conhecimento fragmentado das entrevistadas, de uma pesquisa, acerca de DST/AIDS, percebe-se que as informações disponíveis a essas mulheres apresentam-se ineficientes. É necessário que os educadores em saúde levem em conta o nível de instrução das usuárias do serviço. Também, faz-se necessário ponderar o fator cultural e social do meio em que essas mulheres estão inseridas, já que a cultura contribui para a formação e solidificação de tabus sobre essas moléstias (MORESCHI et al., 2012).

A proximidade das mulheres com o serviço de saúde

A quarta categoria mostra a interação e a participação com as atividades de prevenção da ESF para a abordagem das DST/AIDS. Ao entrevistar as mulheres, constatou-se que a fala de Copo de leite relata o seu desconhecimento de ações preventivas por parte do serviço de saúde ao declarar:

Não, só falam disso comigo quando eu venho renovar minha cartelinha de comprimido.

Contradizendo, Girassol e Rosa apresentam um pequeno conhecimento acerca dessas ações, apesar de nunca terem participado, conforme os relatos:

Eu já ouvi falar. Mais eu nunca participei não! Que aqui tem “as reunião”, falando a respeito das doenças, esses negócios, “né”?

“Eles distribui” a camisinha, “né”? Camisinha... “Eles distribui” a camisinha e tem cartaz pra todo lado, “né”? Falando: Use camisinha! Meu esposo já pegou camisinha aqui. Só isso. Mas, eu nunca participei de nada não.

Diante dos relatos acima, evidencia-se que a maior ênfase dos programas de prevenção está focada no uso do preservativo, conforme descrito no estudo de Silva e Vargens (2009). Além disso, outro estudo evidencia que é necessário que se planeje sensibilizações e treinamentos para os trabalhadores da área da saúde, para que o preservativo feminino possa ser uma alternativa concreta para as mulheres (FONTE et al., 2012).

Colaborando com as falas de Rosa e Girassol, Margarida expressa a mesma opinião, entretanto justifica sua ausência devido a sua atividade laboral, dizendo:

Só não tive a oportunidade de participar por causa que eu trabalho, “né”? Ai não dá tempo de eu “vim”. As meninas sempre convidam, passa lá em casa, deixam marcados esses “trem”, mais ai não dá pra poder vir por causa serviço.

Campanhas voltadas a casais em relação estável são fundamentais e devem ponderar os valores sociais que interferem na adoção de práticas de prevenção dos indivíduos (MAIA; GUILHEM; FREITAS, 2009).

A deficiência na divulgação de DSTs nas campanhas de prevenção veiculadas nos meios de comunicação e estabelecimentos de

saúde está associada, em um estudo, a dois fatores principais: a inadequação da linguagem e dos conteúdos das campanhas aos diferentes segmentos socioeconômicos e culturais e a sazonalidade das mesmas, as quais não consideram que as práticas sexuais não se restringem a eventos específicos do calendário, como por exemplo, no período do carnaval(GARCIA; SOUZA, 2010; MESENBURG, 2012).

A organização dos serviços de saúde deve promover um melhor acesso àqueles que buscam o serviço e que cada profissional incorpore em sua rotina a preocupação de identificar os pacientes em situação de maior vulnerabilidade, garantindo-lhes atendimento humanizado e resolutivo (GALINKIN et al., 2012). Além disso, é necessário que os serviços de saúde permitam a reflexão das mulheres acerca da autonomia que devem possuir sobre seus corpos e que favoreçam a conscientização dos homens sobre a responsabilidade do casal, e não somente da mulher, a respeito da vida e saúde sexual do casal(DESSUNTI; REIS, 2012).

Assim, ao resgatar as narrativas oriundas das perguntas formuladas e respondidas pelas mulheres, percebe-se o desconhecimento e o conhecimento moderado no que tange as atividades de prevenção da dimensão dos serviços oferecidos pelas Estratégias de Saúde da Família, constatando-se também a não adesão aos serviços de saúde pelas mulheres em decorrência de barreiras, impossibilitando

assim sua participação e noção de vulnerabilidade.

A enfermagem tem papel fundamental no controle das DST/AIDS, seja desenvolvendo atividades de promoção e prevenção das mesmas, intervindo individualmente, na família ou na comunidade, ou ainda detectando fatores e situações de risco, promovendo educação em saúde, contribuindo para o diagnóstico precoce, adesão e tratamento efetivo da mulher e seu parceiro sexual (ROCHA; DIAS; GAMA, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando a magnitude, transcendência e a percepção de vulnerabilidade feminina observada no presente estudo, a assistência as DST/AIDS deve ser priorizada e realizada de forma integrada pela Estratégia de Saúde da Família, que pode, pelas suas características, facilitar o acesso ao cuidado, buscando sensibilizar as mulheres, pois indivíduos que não se sentem vulneráveis a uma doença que não costumam aceitar as medidas preventivas recomendadas.

Na realidade, todas as mulheres se tornam mais vulneráveis, à medida que não adotam nenhuma medida preventiva contra DST/AIDS. Por isso, deve-se investir em atividades educativas que promovam o empoderamento da mulher para a tentativa de combater a ideia de que apenas alguns grupos

são vulneráveis. Desta forma, é fundamental considerar que, a junção de valores, sentimentos e a construção das desigualdades de gênero, devem estar presentes nas políticas de intervenção e controle como um dos principais fatores de exposição ao risco.

Nesse sentido, é de suma importância a elaboração de estratégias preventivas voltadas não só para as mulheres que são o grupo alvo do estudo, mas também é necessário envolver os homens em um processo de mudança, já que seu comportamento atinge diretamente a mulher.

REFERÊNCIAS

- ANJOS, R.H.D. dos. et al. Diferenças entre adolescentes do sexo feminino e masculino na vulnerabilidade individual ao HIV. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v. 46, n. 4, p.829-37, 2012.
- ALBUQUERQUE, V.S.; MOÇO, E.T-S.M.; BATISTA, C.S. Mulheres Negras e HIV: determinantes de vulnerabilidade na região serrana do estado do Rio de Janeiro. **Saúde e Sociedade**, v. 19, (supl. 2), p. 63-74, 2010.
- BASTOS, D.C. et al. Representações sociais da vulnerabilidade de mulheres negras e não negras à infecção pelo HIV/AIDS. **Revista enfermagem da UERJ**, v. 21, n. 3, p.330-6, 2013.
- CARLETO, A.P. et al. Conhecimentos e práticas dos adolescentes da capital de Mato Grosso quanto às DST/AIDS. **DST–J.bras.Doenças Sex. Transm.**, v. 22, n. 4, p.206-2011, 2010.
- CASTRO, L. P. de. **A vulnerabilidade dos adolescentes das escolas públicas às DST/AIDS e gravidez não planejada**. 26f. Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), curso de Graduação em Psicologia da UEPB. Campina Grande, Paraíba, 2013.
- CUNHA, J.X.P.; MOREIRA, M.A.S.P.; LÔBO, M.P. Vulnerabilidade da mulher ao HIV/AIDS: uma revisão sistemática. **Revista de enfermagem UFPE**, v. 6, n. 4, p.889-97, 2012.
- DESSUNTI, E. M.; REIS, A.O.A. Vulnerabilidade às dst/aids entre estudantes da saúde: estudo comparativo entre primeira e última série. **Ciência Cuidado e Saúde**, v.11, suplem, p.274-283, 2012.
- FONTE, V.R.F. da. Et al. Conhecimento de gestantes de um hospital universitário relacionado à prevenção de DST/AIDS. **Rev. enferm. UERJ**, v. 20, n. 4, p. 493-9, 2012.
- GALINKIN, A. L. et al. Representações sociais acerca da AIDS e percepção de risco da infecção entre estudantes universitários. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, p.51-65, 2012.
- GARCIA, S; SOUZA F. M. de. Vulnerabilidades ao HIV/AIDS no Contexto Brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração. **Saúde e Sociedade**, v.19, supl.2, p.9-20, 2010.
- MAIA, C.; GUILHEM, D.; FREITAS, D. Vulnerabilidade ao HIV/AIDS de pessoas heterossexuais casadas ou em união estável. **Revista Saúde Pública**, v.42, n. 2, p.242-8, 2009.
- MESENBURG, M. A. **Avaliação temporal de comportamentos de risco e percepção de vulnerabilidade para DST/AIDS em mulheres na cidade de Pelotas: 1999-2012**. 93f. Tese [mestrado], Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Rio Grande do Sul, 2012.
- MORESCHI, C. et al. Mulheres e vulnerabilidades ao HIV/AIDS. **Saúde (Santa Maria)**, v.38, n.2, p.85-94, 2012.

PEREIRA, B. S. et al. Enfrentamento da feminização da epidemia da AIDS. **FG Ciência, Guanambi**, v.01, n.1, p.01-18, 2011.

RIBEIRO, K.C.S.; SILVA, J. da; SALDANHA, A.A.W. Querer é poder? A ausência do uso de preservativo nos relatos de mulheres jovens. **DST–J.brasileiro Doenças Sex Transm**, v.23, n. 2, p.84-89, 2011.

ROCHA, C. M. F.; DIAS, S. F.; GAMA, A. F. Conhecimentos sobre o uso de contraceptivos e prevenção de DST: a percepção de mulheres imigrantes. **Caderno Saúde Pública**, v. 26, n. 5, p. 1003-1012, 2010.

SAMPAIO, J. et al. Ele não Quer com Camisinha e eu Quero me Prevenir: exposição de adolescentes do sexo feminino às DST/aids no semi-árido nordestino. **Saúde e Sociedade**, v.20, n.1, p.171-181, 2011.

SILVA, C.M.; LOPES, F.M.V.M.; VARGENS, O.M.C. A vulnerabilidade da mulher idosa em relação à Aids. **Revista Gaúcha Enfermagem**, v. 31, n.3, p.450-7, 2010.

SILVA, C. M.; VARGENS, O.M. da C. A percepção de mulheres quanto à vulnerabilidade feminina para contrair DST/HIV. **Revista escola de enfermagem USP**, v. 43, n. 2, p. 401-6, 2009.

TAQUETTE, S.R.; MEIRELLES, Z.V. Convenções de gênero e sexualidade na vulnerabilidade às DSTs/AIDS de adolescentes femininas. **Adolescência e Saúde**, v. 9, n. 3, p. 56-64, 2012.